

**LES DIRECTIVES ANTICIPÉES**  
(FORMULAIRE D'AIDE A LA RÉDACTION)

**NOM ET PRÉNOM:** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**ÉTABLI AVEC LA COLLABORATION DE :** .....

**Le représentant médical :**

Je soussigné, M. / Mme ....., désigne la personne suivante  
comme représentant médical :

Nom et prénom : .....

Lien de parenté éventuel : .....

Téléphone : .....

Le représentant médical souhaite être atteint de jour comme de nuit en cas de maladie  
grave ou de décès :

Oui  Non

Lorsque je ne pourrai plus prendre de décision, mon représentant médical s'engage à faire  
respecter mes volontés décrites dans ce document.

Toutes les informations sur mon état de santé lui seront données par l'équipe soignante.

En cas d'indisponibilité prolongée de cette personne, l'établissement s'engage à appliquer  
les recommandations transmises par ce document.

Lorsque je ne pourrai plus m'exprimer suite à une perte de conscience, une maladie  
incurable ou un accident, mes souhaits concernant les points suivants sont :

• **HOSPITALISATION**

Je souhaite être hospitalisé chaque fois que mon état le nécessite :

Oui  Non  ou bien :

Je souhaite être transféré à l'hôpital uniquement si l'hospitalisation peut améliorer ma qualité  
de vie ou atténuer des douleurs sévères ou tout autre symptôme

Oui  Non

Si je suis en fin de vie à l'hôpital et que les soins le permettent, je souhaite revenir à l'EMS pour  
y finir mes jours

Oui  Non

• **OPÉRATION CHIRURGICALE**

J'accepte une opération si elle améliore ma qualité de vie ou atténue les douleurs ou tout autre symptôme

Oui

Non

• **RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE**

En cas d'arrêt cardiaque, je souhaite être réanimé (massage cardiaque, intubation, ventilation artificielle).

Oui

Non

• **RESPIRATION ARTIFICIELLE**

En cas de difficultés respiratoires sévères je souhaite :

*Une ventilation non-invasive (masque et aide respiratoire par une machine).*

Oui

Non

*Une intubation (tuyau dans la trachée relié à un respirateur).*

Oui

Non

• **TRANSFUSION SANGUINE**

Si mon état de santé le nécessite, j'accepte une transfusion de sang.

Oui

Non

• **DOULEUR**

Je désire que mes douleurs soient traitées en priorité, selon les possibilités de la médecine palliative moderne, avec des analgésiques et des sédatifs de façon à ne plus les ressentir. Je souhaite que ma dignité soit respectée et que tout soit entrepris pour soulager mes souffrances, même si les médicaments doivent avoir pour effet secondaire de raccourcir ma vie.

Oui

Non

• **ALIMENTATION**

Si je ne peux plus m'alimenter par la bouche, je souhaite :

- Une alimentation artificielle par une sonde placée dans l'estomac.

Oui

Non

- Une interruption de l'alimentation.

Oui

Non

• **HYDRATATION**

Si je suis incapable de boire par la bouche, je souhaite :

- Une hydratation par perfusion sous-cutanée ou intraveineuse.

Oui

Non

• **DIVERS SOINS SELON MA PATHOLOGIE**

J'accepte qu'on entreprenne des traitements lourds si mon état le nécessite (Chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, trachéotomie etc....)

Oui

Non

• **BÉNÉFICIER D'UNE ASSISTANCE SPIRITUELLE**

Il est important pour moi de pouvoir bénéficier à temps des rites et pratiques religieuses prévus par ma religion/ ma croyance/ ma confession, à savoir :

.....  
.....

Oui

Non

Représentant spirituel : .....

Nom et prénom: .....

Téléphone : .....

• **AUTRE ASSISTANCE DÉSIRÉE:**

.....  
.....

Ces directives anticipées sont révisables à tout moment, mais au plus tard une fois par an.

Copies remises au représentant médical et au médecin traitant, ainsi qu'un exemplaire dans le dossier médical de l'EMS.

Signature du représentant médical : .....

A COMPLÉTER ET SIGNER PAR LE RÉSIDENT :

Date et lieu : .....

X

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU REPRESENTANT